

Ärztlich-pflegerischer Fragebogen

Vollständige Patientendaten od. Aufkleber <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> divers Name: Vorname: Geburtsdatum: Straße: PLZ/ Wohnort: Krankenkasse Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Betreuung erforderlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Vollmacht / <input type="checkbox"/> Betreuung liegt vor <input type="checkbox"/> Betreuung angeregt, am: Kontaktdaten Angehörige / Betreuer Name: Tel.: Mail: <input type="checkbox"/> BetreuerIn <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
--	---

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher	<input type="checkbox"/> beantragt
Anfrage für	<input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> anschließende stationäre Pflege erforderlich
Gewünschtes Aufnahmedatum:		

Alle Diagnosen / aktueller Medikamentenplan (ggf. gesonderter Ausdruck als Anlage)		
<input type="checkbox"/> palliative Situation <input type="checkbox"/> SAPV eingeleitet		
Liegt eine aktive Suchterkrankung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Größe: cm	Gewicht:	kg
Liegen (geronto-)psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche:		
<input type="checkbox"/> Selbst- / <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> verbal / körperlich aggressiv	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz
Eingeschränkte Orientierung <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> situativ		<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe
<input type="checkbox"/> beschützende Unterbringung, <input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich		
<input type="checkbox"/> beantragt, am	<input type="checkbox"/> genehmigt welche:	
Liegen Infektionserkrankungen vor? Wenn ja, welche		
<input type="checkbox"/> Isolation erforderlich		

Pflegebedarf

Mobilität	selbständig	hilfsbedürftig
Gehen	<input type="checkbox"/> Ebene / <input type="checkbox"/> Treppen	<input type="checkbox"/> Ebene / <input type="checkbox"/> Treppen
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/> Stuhl / <input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Stuhl / <input type="checkbox"/> Bettkante
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagewechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Umlagerung / <input type="checkbox"/> bettlägrig
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Sturzrisiko <input type="checkbox"/> Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> Kontrakturrisiko
Hilfsmittel	Vorhanden: Beantragt:	

Ärztlich-pflegerischer Fragebogen

Körperpflege	selbständig	hilfsbedürftig
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Waschen	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege / Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung	selbständig	hilfsbedürftig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Magensonde andere:	

Ausscheidung	selbständig	hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Zystofix <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> sonst.:	

Kommunikation		
Sprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> mögl. Sprachen: <input type="checkbox"/> Aphasie	
sehen	<input type="checkbox"/> Blindheit	
hören	<input type="checkbox"/> Taubheit	

Sonstige Auffälligkeiten		
<input type="checkbox"/> Wunden	Lokalisation:	
<input type="checkbox"/> Schmerzen	Lokalisation:	
<input type="checkbox"/> Atmung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe erforderlich <input type="checkbox"/> Tracheostoma	Lieferfirma:
<input type="checkbox"/> Allergien	welche:	

Weitere Anmerkungen		
Kontaktdaten für Rückfragen:		

Datum, Unterschrift Arzt / Pflege